PROGRAMA DE ASISTENCIA TELEFÓNICA

HOJA DE INSTRUCCIONES DEL CLIENTE

- **ESTE FORMULARIO NO ES UNA APLICACIÓN**
- Tiene su médico completar el "consultorio sólo" sección de la confirmación del médico necesita (adjunta). Asegúrese de que el médico firma el formulario.
- Llame a su centro de servicio de la familia o programa de acción de comunidad (CAP) para disponer de una aplicación completa para el programa de asistencia telefónica local y obtener una lista de artículos que necesita llevar con usted a la cita.
- Como mínimo tiene los siguientes elementos listos para su cita:
 - a. Licencia de conducir o identificación del Estado
 - b. Números de seguro social para todas las personas en el hogar
 - c. Ingresos verificación durante los últimos 30 días para todas las personas de 18 años de edad. Ejemplos: Avisos de Paystubs, anuncios de adjudicación de la Seguridad Social, pensiones, etc.
 - f. Confirmación de necesidad médica cumplimentado y firmado por su médico.
- Su trabajador de casos completará la "Family Service Center o CAP uso sólo" sección de la Checksheet teléfono Ayudante de programa (TAP).
- Después de haber completado las instrucciones anteriores, se enviará la aplicación al departamento de seguridad económica, División de envejecimiento y servicios para adultos (DES-DAAS) para su procesamiento. Se le notificará de su elegibilidad por correo.
 - Procesamiento toma de 30 a 45 días desde la fecha de solicitud.

**Si necesita más asistencia o más información, llame al
602-542-4446 o peaje gratuito 1-800-582-5706**

**CONFIRMACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA
ARIZONA DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA
DIVISIÓN DE SERVICIOS DE ENVEJECIMIENTO Y ADULTO**

El departamento de seguridad económica, Comisión Corporation y comunicaciones de CenturyLink (Qwest) están administrando conjuntamente un programa de asistencia telefónica en el estado de Arizona. El programa proporciona asistencia para personas de bajos ingresos con una necesidad médica. El proceso de aplicación es realizado conjuntamente por el departamento de seguridad económica y agencias locales de voluntarias. El programa prevé la tarifa básica mensual y asistencia con los costos de instalación, si es necesario. Estamos pidiendo su ayuda en la determinación de necesidad médica para que el hogar opte por este beneficio.

USO DE LA OFICINA DEL MÉDICO SÓLO CONFIRMACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA	
Nombre del paciente no por teléfono.	
Dirección del paciente (Nº Calle apt #)	
(Ciudad) (Estado, ZIP)	
Fecha de firma del paciente:	
El paciente tiene una condición médica que requeriría un teléfono en el hogar. La afección requerirá la disponibilidad de un teléfono para aproximadamente: Hasta un año dos años o menos tres años	
Médico de nombre teléfono no.	
Dirección del doctor Nº (calle)	
(Ciudad) (Estado, ZIP)	
Firma del médico	Fecha:
CENTRO DE SERVICIO DE LA FAMILIA O LA COMUNIDAD ACCIÓN PROGRAMA (PAC) AGENCIA SÓLO PARA USO	
SÍ NO La casa está conectado por cable para el servicio telefónico. Declaración firmada del médico indica necesidad médica del solicitante. Declaración firmada del médico indica crisis médica del solicitante.	
La necesidad de médica durará (<i>marque la casilla que corresponda</i>) Hasta un año dos años o menos tres años	
¿SÍ NO es el trabajador de casos proporciona certificación para TAP? (<i>Certificación de trabajador es sólo válida para 1 año</i>)	
Firma del trabajador	Fecha: